

**MÁRIO LOURENÇO ROMANO**

**TRATAMENTO HOMEOPÁTICO DA  
ARTRITE REUMATÓIDE JUVENIL  
RELATO DE CASO**

Dissertação apresentada como parte  
dos requisitos exigidos para obtenção  
título de Mestre em Homeopatia à  
FACIS – IBEHE.

Orientador: Prof. Doutor Renan Ruiz

**SÃO PAULO / 2002**

## RESUMO

Com o objetivo de avaliar a evolução do tratamento homeopático descrevemos um caso de artrite reumatóide juvenil com seguimento clínico, laboratorial e radiológico com dez anos de evolução. Por tratar-se de doença de difícil controle e ocorrer em idade precoce, podendo levar a um grau de incapacitação importante, deixando seqüelas não só articulares como emocionais, optou-se por descrição pormenorizada das entrevistas, salientando-se alguns aspectos particulares da modalidade terapêutica utilizada.

Os estudos dos mecanismos patogênicos das artrites foram facilitados em virtude da transição da era pré-molecular para a era molecular. O processo inflamatório crônico-destrutivo da membrana sinovial foi caracterizado como um fenômeno extremamente complexo, envolvendo linfócitos T e B, macrófagos e células residuais interligadas através de uma rede de moléculas de aderência, citocinas e outros mediadores. As evidências que sugerem um fator desencadeante único, envolvendo um micro-organismo infeccioso na gênese, parece simplista. Os progressos no conhecimento da artrite envolvem determinantes do risco genético. As doenças reumáticas estão entre as condições encontradas mais comumente pelos clínicos e uma ou outra forma acometem mais de 45 milhões de norte-americanos. O diagnóstico e tratamento de distúrbios reumáticos podem ser enigmáticos porque incluem condições inflamatórias, metabólicas, degenerativas, infecciosas e biomecânicas. Tendo em vista sua frequência e a possibilidade de causarem morbidade grave, e em alguns casos até mortalidade, é importante que tenha conhecimentos e informações especializadas e relevantes sobre estas doenças.

Motivados pelos resultados do tratamento convencional na artrite reumatóide juvenil decidimos analisar detalhadamente a evolução de paciente com a doença sob tratamento homeopático.

## INTRODUÇÃO

A motivação do autor ao descrever um caso com seguimento de 10 anos de evolução foi despertar o interesse médico para uma modalidade terapêutica que aborda a totalidade do indivíduo, levando em consideração seu psiquismo, temperamento, vontades, aptidões, desejos e aversões, qualidades e defeitos e não apenas enfocando a doença. Durante o exercício profissional de 20 anos de atividade, tanto em consultório como hospitalar, pode-se observar a boa evolução de indivíduos portadores de afecções reumatológicas, detalhada em especial neste caso e que por ser enfermidade incapacitante e com resultados pouco satisfatórios em diversas ocasiões e efeitos colaterais não raramente presentes em virtude dos medicamentos empregados na medicina convencional tornou-se imperativa a descrição do caso em questão. A artrite reumatóide juvenil é uma doença com relativa prevalência não só a nível nacional como no cenário mundial e com possibilidades e dificuldades terapêuticas semelhantes.

Várias modalidades terapêuticas têm sido tentadas por grupos de terapeutas diante dos resultados insatisfatórios carecendo, entretanto, a literatura de estudos controlados. O tratamento homeopático dentre as várias propostas merece ser avaliado, considerando-se uma terapêutica atóxica e destituída de efeitos colaterais que possam interromper a evolução favorável.

Hipoteticamente seria o tratamento homeopático eficaz no controle da artrite reumatóide juvenil, sem os efeitos indesejados da medicina convencional? É o que podemos constatar através do caso apresentado com um acompanhamento de 10 anos.

Assim nossa hipótese central é: O tratamento homeopático poderia ser eficaz no controle da

Artrite Reumatóide Juvenil, sem as seqüelas das possíveis evoluções naturais da doença.

A Artrite Reumatóide Juvenil é uma doença crônica, de etiologia desconhecida, que se caracteriza pela presença de artrite crônica em uma ou mais articulações, podendo acompanhar-se de manifestações gerais e viscerais. Após a febre reumática, a doença mais comum da infância em nosso meio. Tem distribuição universal, sem predileção racial.

A Artrite Reumatóide Juvenil é classificada atualmente dentro do grupo das artrites crônicas da infância e é consenso que constituem um grupo heterogêneo de doenças, caracterizadas por sinovite crônica, de causa desconhecida, na sua maior parte distinta da artrite reumatóide do adulto, constituindo as patologias reumáticas inflamatórias crônicas mais freqüentes desta faixa etária, de início antes dos 16 anos de idade, com evolução persistente mínima de seis semanas, descartando-se outros diagnósticos (PETTY, 1998).

Existem poucos estudos epidemiológicos de doenças reumáticas na infância principalmente em nosso país, mas estudos em centros de reumatologia pediátrica no sul da Inglaterra observaram que a artrite reumatóide juvenil foi à condição mais prevalente, compreendendo mais da metade de todos os diagnósticos reumatológicos (HILÁRIO, 2000).

Pode ocorrer em qualquer idade antes dos 16 anos de idade, embora antes dos 6 meses de idade seja incomum, a artrite reumatóide juvenil é uma doença da criança pré-escolar e com ligeira predominância para o sexo feminino 1,3:1 (HILÁRIO, 2000). No Brasil onde não existe estudo epidemiológico é a segunda doença reumatológica mais comum na infância, suplantada apenas pela febre reumática (HILÁRIO, 2000).

Calcula-se que a incidência de artrite reumatóide juvenil em diferentes países da América e Europa varia entre 4 e 18/100.000 (TOWNER e outros, 1983; PRIEUR e outros, 1987).

Variações sazonais têm sido descritas de acordo com um padrão cíclico, com picos de incidência que diferem de acordo com o local do estudo (OEN e outros, 1995; UZIEL e outros, 1999).

A incidência geral de artrite reumatóide juvenil tem variado de 3,8 a 19,6/100.000 crianças por ano, em diversos estudos. Nos EUA a incidência é 0,01% de casos novos por ano (CASSIDY, 1993). Diferentes estudos mostram uma incidência anual de crianças afetadas com artrite reumatóide juvenil por 1000 com idade de 0-16 anos em torno de 0,12 a 0,139 (ANDERSON e outros, 1987).

A distribuição de artrite reumatóide juvenil é universal, não havendo predileção por raça. No entanto, há diferenças epidemiológicas, clínicas e sorológicas de acordo com a origem dos pacientes (PETERSON e outros, 1996). Estudos observaram que a idade de início mais tardia, o tipo poliarticular e a presença de fator reumatóide foram mais freqüentes nas crianças americanas de origem africana enquanto, que a idade de início mais precoce, o tipo pauciarticular e a presença de Fator antinuclear (FAN) foram mais freqüentes em crianças caucasianas. Outros estudos revelam que a doença é menos freqüente na África do que na Europa (GREEWOOD, 1969; CASSIDY & PETTY, 1995).

As estatísticas mundiais revelam que em diferentes países a prevalência está entre 65 e 86/100.000 crianças menores de 16 anos (GEWANTER e outros, 1983; CASSIDY & NELSON, 1986; MOE & RYGG, 1998).

No momento não dispomos de estudos epidemiológicos no Brasil e os dados possíveis representam apenas experiências isoladas de serviços de referência. No entanto, reforça-se que é a

segunda doença reumática mais comum em nosso meio, em frequência, sendo superada apenas pela febre reumática. Em nosso meio nos últimos cinco anos a febre reumática respondeu por 55% das consultas novas referentes às doenças do colágeno nos ambulatorios, a artrite reumatóide juvenil por 26%, o lupus eritematoso sistêmico por 9%, a esclerodermia por 7% e a dermatomiosite por 4% (HILÁRIO, 2000).

Considerando a doença como um todo, predomina nas meninas numa proporção de 2:1 (SCHALLER, 1984; BOWYER & ROETTER, 1996).

Existem poucas evidências de tratamentos de artrite reumatóide publicada em trabalhos de literatura em Homeopatia e de critérios nem sempre precisos. Alguns dos trabalhos descritos em literatura misturam a terapêutica homeopática e isopatia (SCHIRMER, 2000) em espondilite anquilosante; outro estudo no Royal London Homeopathic Hospital mostra avaliação econômica do uso da medicina complementar em artrite reumatóide com resultados animadores (van HASELEN, 2000); apenas um estudo de uma série de casos portadores de artrite reumatóide, permitindo assinalar como agente biopatográfico (desencadeante) o medicamento NATRUM MURIATICUM nesta patologia (MILSTEIN, 1997). Em nosso País não existem descrições ou pesquisa com metodologia adequada e controlada, mas estudo realizado na EPM demonstrou que pacientes portadores de artrite reumatóide tratados com medicamentos homeopáticos evoluíram melhor do que aqueles do grupo controle em uso de placebo (CARLINI & CASTRO, 1994).

Mais estudos são necessários para uma abordagem terapêutica homeopática na artrite reumatóide juvenil e o presente trabalho, inédito na literatura, apresenta-se como colaboração.

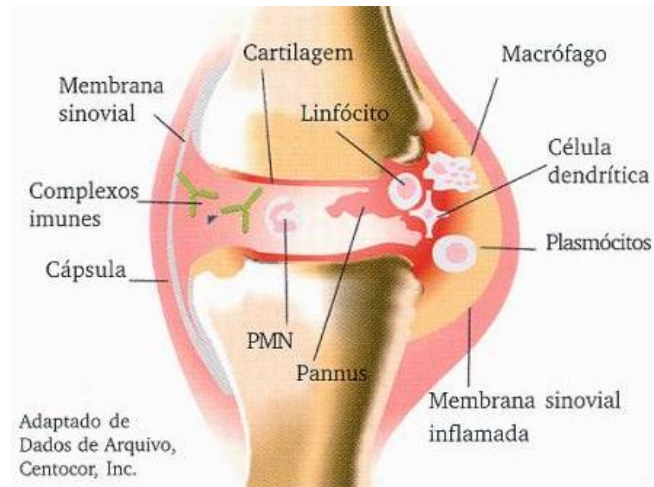
Este trabalho tem como objetivo, apresentar estudo de um caso de artrite reumatóide juvenil diagnosticada clínica, laboratorial e radiologicamente submetido a tratamento, exclusivamente homeopático por dez anos, com uma resposta amplamente favorável. A evolução relatada é comparada aos padrões de evolução frequentemente observados na história natural da doença, s Existem poucas evidências de tratamentos de artrite reumatóide publicada em trabalhos de literatura em Homeopatia e de critérios nem sempre precisos. Alguns dos trabalhos descritos em literatura misturam a terapêutica homeopática e isopatia (SCHIRMER, 2000) em espondilite anquilosante; outro estudo no Royal London Homeopathic Hospital mostra avaliação econômica do uso da medicina complementar em artrite reumatóide com resultados animadores (van HASELEN, 2000); apenas um estudo de uma série de casos portadores de artrite reumatóide, permitindo assinalar como agente biopatográfico (desencadeante) o medicamento NATRUM MURIATICUM nesta patologia (MILSTEIN, 1997). Em nosso País não existem descrições ou pesquisa com metodologia adequada e controlada, mas estudo realizado na EPM demonstrou que pacientes portadores de artrite reumatóide tratados com medicamentos homeopáticos evoluíram melhor do que aqueles do grupo controle em uso de placebo (CARLINI & CASTRO, 1994).

ugerindo que a homeopatia poderia se constituir numa efetiva opção terapêutica.

## IMUNOGENÉTICA

A associação mais forte e importante na artrite reumatóide juvenil ocorre com o sistema HLA, sendo que as moléculas HLA têm um papel central no funcionamento do sistema imune, uma vez que se ligam aos fragmentos de antígenos que serão apresentados aos linfócitos T. O maior risco para artrite reumatóide juvenil associado a certas moléculas de HLA pode ser consequência da habilidade dessas moléculas ligarem-se a certos peptídeos desconhecidos e iniciarem a reação

imune contra eles, desencadeando o processo da doença ao quebrar a tolerância imune do organismo (PLOSKI, 1997).



## ETIOPATOGENIA

Uma etiologia infecciosa tem sido freqüentemente considerada, mas não comprovada, para artrite crônica juvenil. Nos subtipos de artrite reumatóide juvenil, o grupo de início sistêmico é mais comum ter uma infecção de base, como descrito por Still em 1896 (PHILLIPS, 1988).

Há uma sugestão sazonal no início da doença sistêmica sendo que mais crianças teriam esta forma de início na primavera e verão (LINDSLEY, 1987).

A etiologia da artrite reumatóide juvenil permanece desconhecida, mas são múltiplos os envolvidos na patogênese desta enfermidade, desde processos infecciosos, imunológicos, genéticos, traumáticos e os distúrbios psíquicos.

Recentemente, foi isolado o vírus da rubéola em linfócitos de sangue periférico e líquido sinovial, em cerca de 30% das crianças com artrite crônica e sabe-se que a resposta imunológica associada ao vírus Epstein-Barr está comprometida nestas crianças. Infecções pelo parvovírus B19 causam eritema infeccioso e artralgia ou artrite em 7% das crianças e 81% dos adultos, no entanto o vírus foi isolado apenas da cultura de células sinoviais de adultos (BENJAMIN, 1990).

## QUADRO CLÍNICO DA ARTRITE REUMATÓIDE JUVENIL

Existem três formas perfeitamente definidas de início da doença, e o quadro clínico da artrite reumatóide juvenil é geralmente descritos como poliarticular, pauciarticular e sistêmico. As manifestações da artrite reumatóide juvenil, articulares e/ou extra-articulares, caracterizam os tipos de início nos primeiros 6 meses ou evolutivos, após os seis primeiros meses da doença (HANSON, 1977). O comprometimento articular, manifestação maior da artrite reumatóide juvenil, é comum a todos e o diagnóstico definitivo só pode ser estabelecido se a artrite estiver presente por um período mínimo de seis semanas.

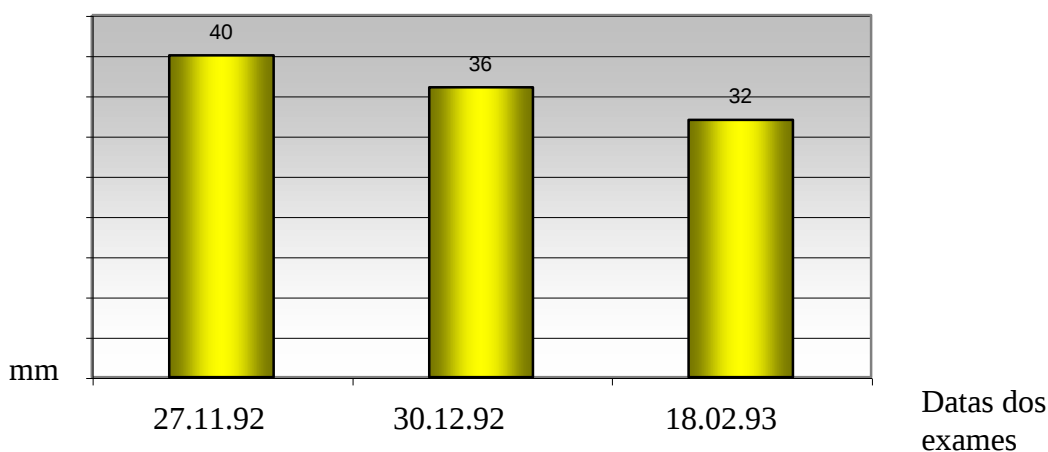
A forma pauciarticular é a mais comum, aproximadamente 45-50% dos casos, forma poliarticular (soro negativo) de 25% de toda reumatóide juvenil, doença poliarticular soro positivo ocorre em 75% e aproximadamente 23% dos casos são de início sistêmico, com meninos e meninas igualmente afetados (Tabela II) (HILÁRIO & GOLDBERG, 1991).

## EXAMES SUBSIDIÁRIOS

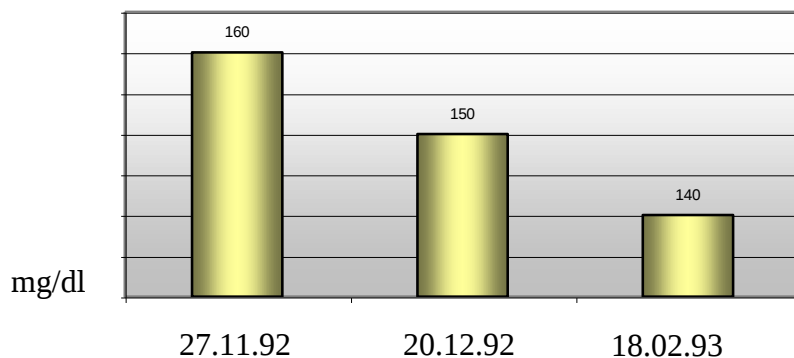
As provas de atividade inflamatória como velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa e alfa-1 glicoproteína ácida estão alteradas principalmente no tipo sistêmico ainda nesta forma sistêmica o hemograma costuma mostrar anemia e leucocitose, podendo a hemoglobina chegar abaixo de 8 g/dl e a leucocitose atingir até 45.000/mm<sup>3</sup>. Pode ocorrer plaquetose em 30% dos casos.

A eletroforese de proteínas pode mostrar diminuição de albumina, aumento de alfa-2 e fração gama. O complemento total geralmente é normal. O fator reumatóide está presente em 15 e 20% dos casos. O fator antinuclear (FAN) positivo varia de acordo com o tipo de início da doença, sendo baixa positividade na artrite reumatóide juvenil sistêmica e poliarticular e alta positividade na forma pauciarticular (70 a 90%). Podem ocorrer alterações no ECG e ecocardiograma em especial nas pericardites. Radiologicamente, temos edema de partes moles, pinçamento, osteoporose epifisária e em alguns casos lesões erosivas.

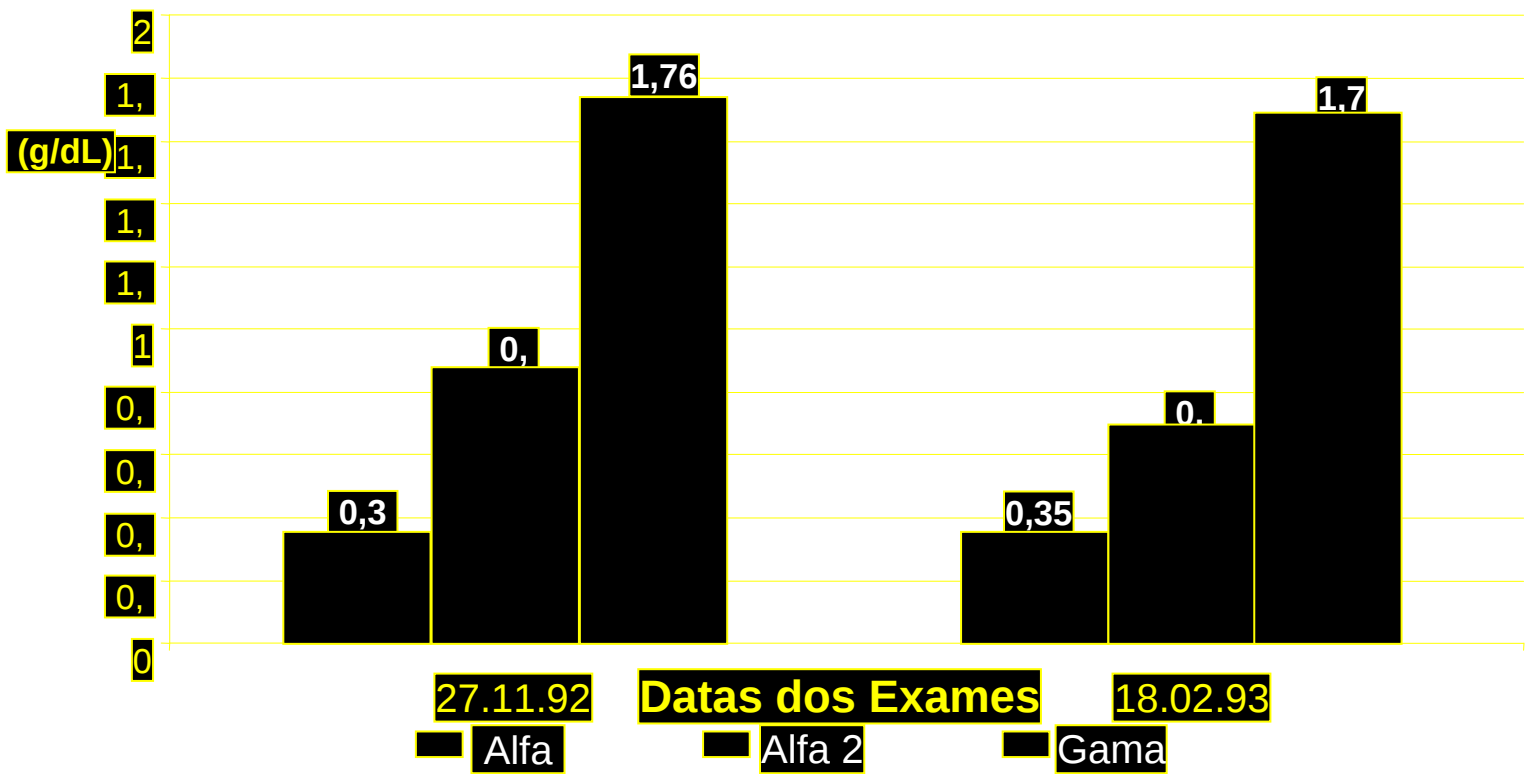
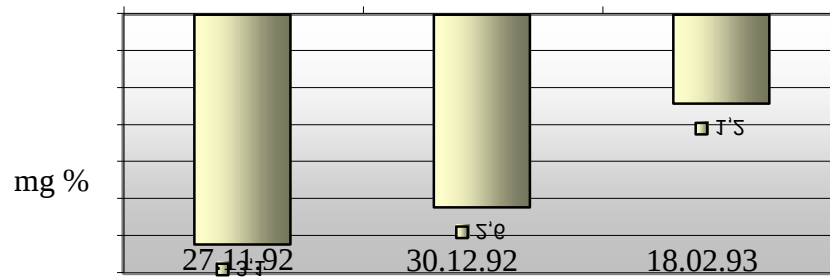
EXAME - VHS



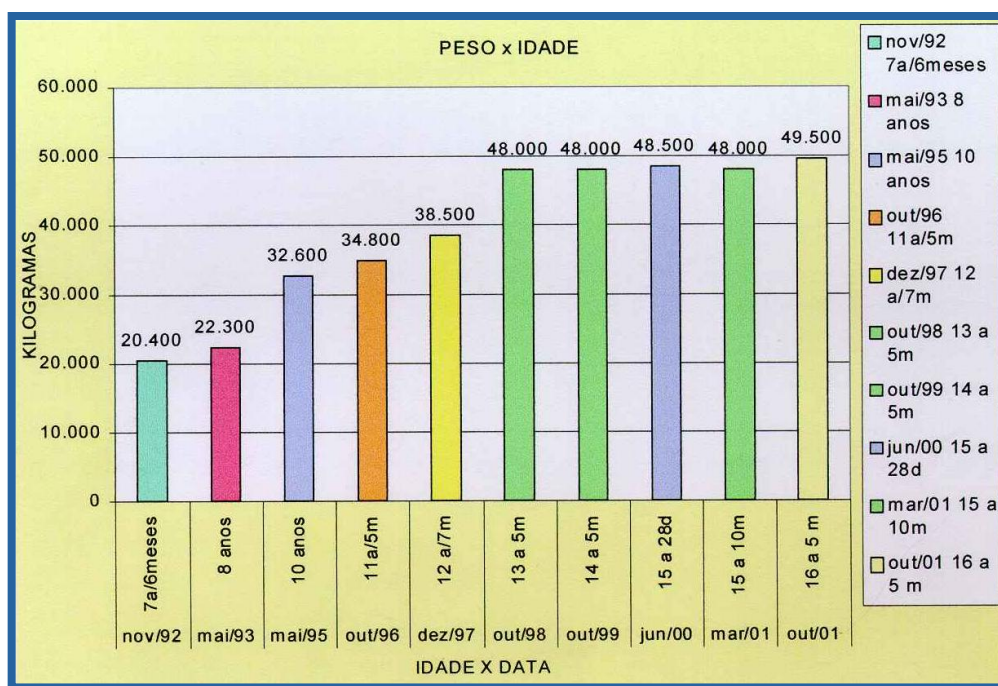
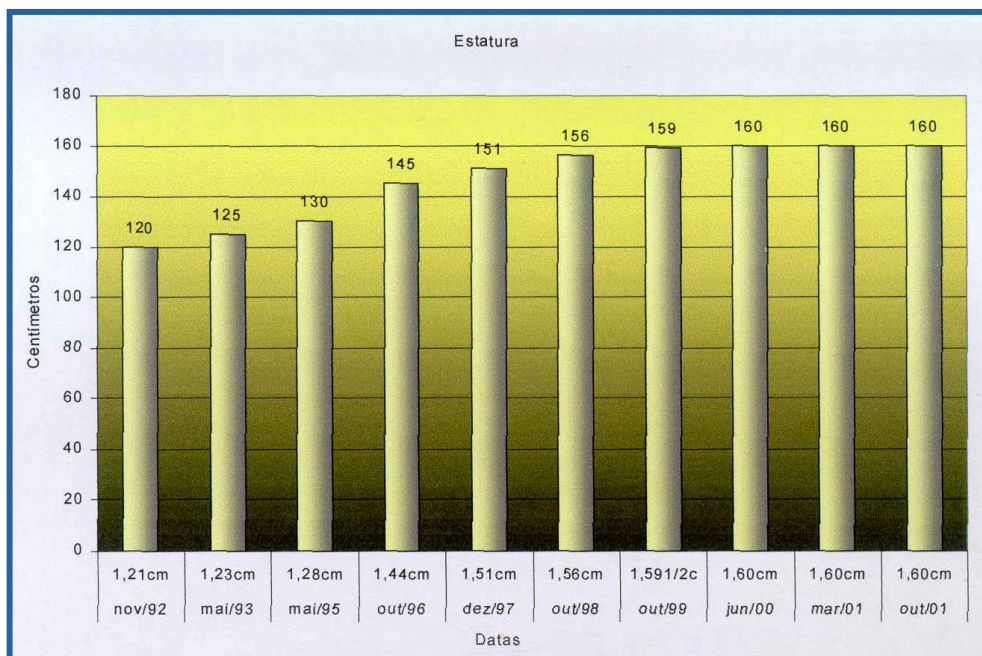
Alfa 1 – Glicoproteína Ácida

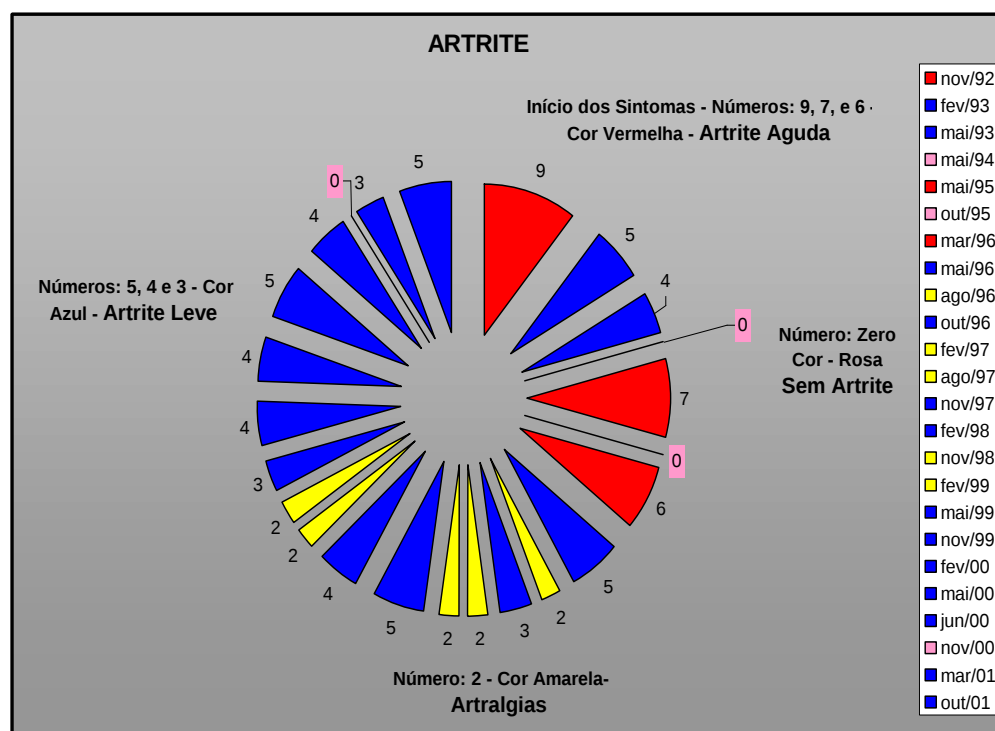
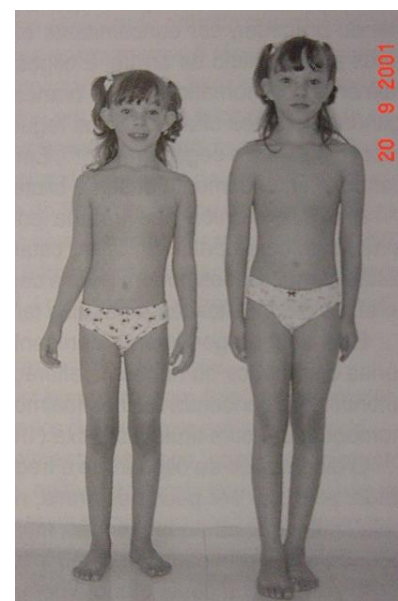
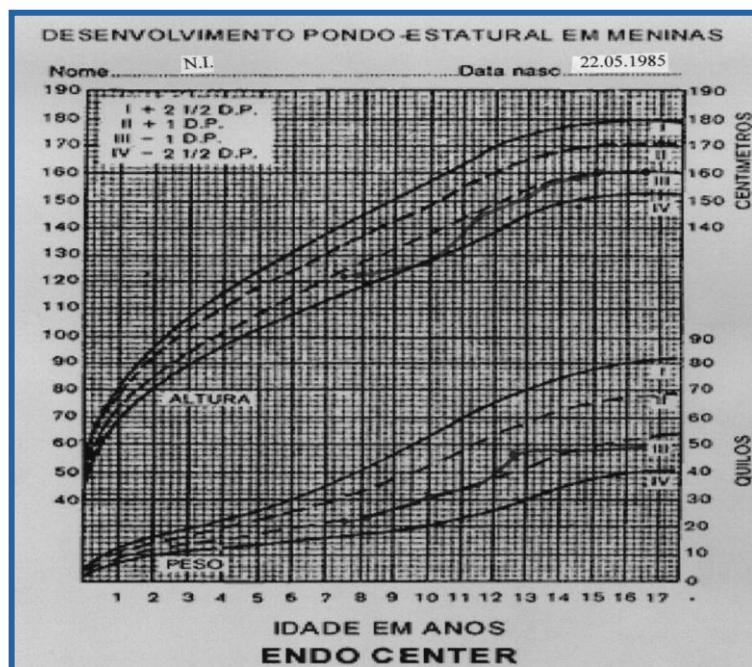


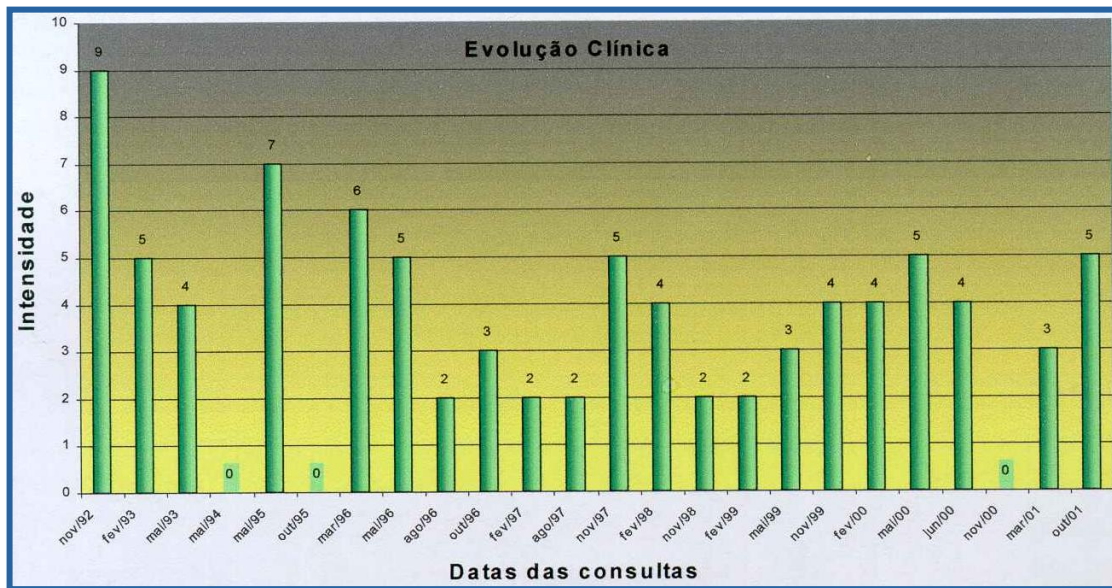
Exame - PCR



# ESTATURA







## EVOLUÇÃO RADIOLÓGICA



## EVOLUÇÃO ATUAL



## TRATAMENTO

O objetivo do tratamento é controlar a sintomatologia dolorosa, prevenir deformidades osteoarticulares e favorecer a integração da criança nas atividades habituais.

A fisioterapia, psicoterapia e terapia ocupacional são na maioria dos casos tão importantes quanto o tratamento medicamentoso.

O tratamento da ARJ tem sofrido constantes modificações ao longo dos anos mas ainda assim, em alguns casos, não se consegue modificar o curso da doença. É preciso um melhor conhecimento de sua etiopatogenia e a grande variabilidade de manifestações de seus subtipos, são algumas das dificuldades para se poder encontrar uma terapêutica mais efetiva e com menores riscos (HILÁRIO, 2000).

O prognóstico da ARJ é determinado basicamente pela persistência da atividade inflamatória articular e pela piora progressiva, muitas vezes, da capacidade funcional durante o curso da doença.

O tratamento clássico da ARJ é baseado em uma pirâmide com base formada pelos antiinflamatórios não hormonais, educação dos pacientes e seus familiares, fisioterapia e terapia ocupacional (CASSIDY & PETTY, 1995). Com o passar do tempo outras drogas poderão ser acrescentadas a esta base, tais como hidroxicloroquina, sulfassalazina, o metotrexato (MTX) e outros imunossuppressores, conforme a persistência da atividade inflamatória e a presença de fatores de risco. No topo da pirâmide encontram-se os corticosteróides de uso restrito, principalmente devido aos efeitos adversos. A causa mais freqüente da má resposta terapêutica é a falta de aderência ao tratamento, talvez devido aos efeitos colaterais indesejáveis. A farmacopéia para o tratamento da ARJ ainda é limitada, sendo necessárias novas drogas, mais efetivas e seguras (HILÁRIO, 2000).

"Embora o tratamento da artrite reumatóide juvenil tenha sofrido sensíveis modificações ao longo dos últimos anos, ainda estamos aquém de poder controlar e mesmo modificar o curso da doença em muitos pacientes" (HILÁRIO, 2000).

## TERAPÊUTICA HOMEOPÁTICA

A homeopatia é uma terapêutica que aborda o indivíduo na totalidade, como um ser biopsicossocial, pretendendo analisar a pessoa acometida, a sua doença, a circunstância que o indivíduo está vivenciando no momento de seu adoecimento e todo seu histórico de vida pregressa. A abordagem homeopática é portanto psicossomática e tenta compreender o paciente na sua relação consigo mesmo, na relação interpessoal e na relação sócio-econômica-cultural.

A homeopatia entende que cada pessoa tem seu modo peculiar de vivenciar seu sofrimento existencial, sua angústia, reagindo de um modo todo particular através de seu sentimento e pensamento equivocados (KENT, 1992) e poderia ser opção terapêutica atóxica, sem efeitos colaterais e viáveis economicamente para a maior parte da população, em virtude dos medicamentos serem considerados mais acessíveis, aventou-se nos últimos anos uma possibilidade de tratamento para várias moléstias, inclusive as doenças articulares, que requerem muitas delas o uso continuado pela cronicidade e evolução.

O medicamento homeopático é preparado a partir do reino animal, vegetal ou mineral devendo ser estabelecida a distinção importante entre as outras terapêuticas, entre elas a mais aproximada a fitoterapia que significa o tratamento com ervas, porém, sem a utilização da farmacotécnica homeopática, que se baseia na diluição do medicamento e posterior sucussão ou

seja agitações manuais ou através de um dispositivo mecânico imprimindo a mesma força e o número de vezes, sendo a preparação decimal ou centesimal, estas as mais usadas pelos homeopatas.

## **PACIENTE E MÉTODO**

A paciente descrita neste caso, é do sexo feminino, que iniciou o tratamento aos 7 anos e 6 meses de idade e o método utilizado como terapêutica foi a homeopatia, com doses medicamentosas que segue a farmacopéia brasileira, usando doses únicas do medicamento homeopático considerado adequado para o caso e medicamentos de ação local também homeopáticos e com as doses de acordo com a intensidade do quadro clínico.

A utilização das doses obedeceu a critérios clínicos, segundo os quais doses baixas são utilizadas para afecções locais, no caso os processos inflamatórios articulares e as dinamizações mais altas e médias quando se buscava atingir o terreno constitucional e miasmático.

O acompanhamento do paciente foi efetuado ao longo de 10 anos de acordo com a sintomatologia, compreendendo reavaliações a cada 3 meses em média, sendo feitos exames necessários e avaliação clínica de sintomas físicos e mentais, a partir do relato da paciente, dos pais e avaliação subjetiva do médico.

Em caso de exacerbação do quadro clínico em que não houvesse resposta satisfatória à medicação homeopática, havia a possibilidade do uso de drogas antiinflamatórias e analgésicos.

Foram utilizadas dinamizações homeopáticas variando da 5ª centesimal (5 CH) até a 200ª centesimal (200 CH) conforme as normas do preparo da Farmacopéia Homeopática Brasileira. O tratamento homeopático constará da administração de medicamentos regulamentados no país, de acordo com o decreto 57.477/65, que dispõe sobre manipulação, receituário, industrialização e venda de produtos utilizados em homeopatia; portaria número 1.180 de agosto de 1997, a respeito da 2ª edição da Farmacopéia Homeopática Brasileira e conforme resolução número 23 de seis de dezembro de 1999 da Agência de Vigilância Sanitária Nacional.

Foi utilizada escala visual analógica para avaliação da dor classificada como “ausente”, “leve”, “moderada” e “intensa”.(PAIN ASSESSMENT MEASURES,1990)

## **MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS UTILIZADOS**

**A. LYCOPodium CLAVATUM**

**B. KALMIA LATFOLIA**

**C. BRYONIA ALBA**

**D. TUBERCULINUM**

**E. TUBERCULINA RESIDUAL DE KOCH-TR.**

## **RESULTADOS**

A paciente vista pela primeira vez há 10 anos apresenta-se em franco quadro clínico com artrite de joelhos, artrite de cotovelo direito, cervicalgia, acamada, emagrecida, irritadiça, sono agitado, tendo sido feito na primeira consulta fundoscopia que nada evidenciou e sendo medicada com medicamento homeopático em dose única, como remédio de fundo ou seja considerando como o mais adequado para o conjunto de sintomas do indivíduo e medicamentos de ação local para um alívio mais rápido dos sintomas.

Trinta dias após melhora sinovite de joelhos, cotovelos sem processo inflamatório, atividades cotidianas, sono tranquilo, coluna cervical normal aos movimentos.

Cerca de 3 meses após a dose única retornava a paciente bastante melhorada, sem derrame articular de joelhos, mais calma e desenvolvendo suas atividades habituais. Seis meses após a primeira consulta sem queixas articulares, sono tranquilo, calma e desenvolvendo as suas atividades regularmente.

Dois anos após retorna a paciente há mais de um ano sem medicação, alguma e com artrite de joelho esquerdo, irritada, falando durante o sono e com atividades físicas diminuídas e com fundo de olho normal ao exame clínico, tendo sido medicada com dose única do remédio de fundo e remédios de ação local, obtendo resultado com remissão da doença em 30 dias e retornando ao consultório em 10 meses com artrite de joelho esquerdo, irritada e com suas atividades habituais diminuídas. Medicada novamente em cinco meses apresentava-se sem artrite, dormindo tranquilamente e fazendo educação física regular na escola.

Um ano após retorna com discreto derrame articular de joelho direito, comportamento bom, sono calmo e mantendo suas atividades físicas. Novas doses dos remédios homeopáticos e 5 meses após sem artrite de joelhos, sono tranquilo, atividades regulares. Menstruou pela primeira vez.

Um ano e meio depois retorna relatando que passara bem até o presente momento quando reapareceram artrite de cotovelos e joelhos, volta da irritabilidade, atividades físicas diminuídas sendo medicada novamente com doses únicas e os remédios de ação local obtendo melhora após do quadro inflamatório articular cerca de seis meses da medicação homeopática e remissão do quadro, ou seja, sem artrite de cotovelos e joelhos, normalização do sono e das atividades físicas em 8 meses do início da última queixa.

Todas as vezes que houve recrudescência do quadro articular coincidentemente havia sido abandonado o tratamento homeopático ou uso irregular das medicações, segundo informação dos pais..

## DISCUSSÃO

O caso em questão evoluiu favoravelmente com o tratamento homeopático exclusivo, entretanto o prognóstico nestes casos varia conforme a forma de início do acometimento.

Nos últimos 25 anos têm sido feitos numerosos estudos de homeopatia, mas a maioria destes são falhos (FISCHER,1989). Uma baixa qualidade nos estudos tem sido empregada. Um estudo no Hospital Homeopático Glasgow em 1980 usando um duplo cego com pílulas homeopáticas e pílulas placebo como grupo controle no tratamento da artrite reumatóide estável mostrou um resultado estatisticamente significativo na melhoria dos escores de sintomas subjetivos e nos índices objetivos de função articular no grupo com uso de medicamentos homeopáticos. Não foram relatados efeitos colaterais (REILLY,1986).

Em 1986, o Dr. David Reilly no Hospital Homeopático Glasgow conduziu um estudo duplo cego com uma preparação homeopática de mistura de polens versus placebo no tratamento da febre do feno ativa em 144 pacientes e achou estatisticamente significativa uma melhoria nos sintomas do grupo tratado comparado ao grupo placebo (REILLY,1986).

Jacques Benveniste criou uma controvérsia em 1988 quando o jornal Nature publicou seu estudo mostrando degranulação do polimorfonuclear basófilo humano (com anticorpos IgE na sua superfície) liberando histamina em exposição a anti-IgE sérica e quando a anti-IgE sérica é diluída

a 1X 10 a 120. (A Constante de Avogadro é uma diluição de 1X a 24).

Em 1989 um estudo foi publicado no British Medical Journal por Peter Fisher de um remédio homeopático específico (*Rhus toxicodendron*) versus placebo no tratamento de fibromialgia primária na qual o quadro de sintomas mostrado era equivalente ao remédio homeopático específico. Um estudo cruzado duplo cego onde são mostrados uma melhoria significativa estatisticamente objetiva e subjetivas avaliações (FISHER, 1989).

Um estudo no The Lancet em 1994 também do Hospital Homeopático Glasgow comparando uma preparação homeopática de uma mistura alergenios versus placebo no tratamento de asma alérgica, mostrando uma melhora significativa no grupo tratado com homeopatia, mas não houve mudança na reatividade bronquial nas medidas objetivas.

Finalmente tem sido feitas várias meta-análises de alta qualidade (British Medical Journal em 1991 e no European Journal of Clinical Pharmacology em 2000), olhando através do estudo homeopático de qualidades variadas e que vem dar uma visão positiva do efeito homeopático. Em relação ao placebo.

Apresenta-se impossível prever a evolução da artrite reumatóide juvenil na fase inicial da doença. Ela vai depender dos tipos de início, das articulações acometidas (mãos, pés, punhos, coxo-femorais), da presença do fator reumatóide, do acometimento ocular e da resposta ao tratamento (JEREMY e outros, 1968; STOEGER, 1981; DEQUEKER & MARJUADI, 1982; KOBAYASHI e outros, 1993).

Em 50% dos casos no tipo sistêmico pode haver evolução para o tipo poliarticular e para alguns autores significa a pior evolução da artrite reumatóide juvenil. Estes pacientes, em geral, apresentam artrite de várias articulações, rapidamente progressiva, destrutiva e persistente (MOZZICONACCI e outros, 1983; SCHNEIDER e outros, 1992). Óbitos são descritos em torno de 0,29% a 1,1 %, principalmente em pacientes do tipo sistêmico (CASSIDY & PETTY, 1995). Como principal causa de óbito é descrita a infecção em nosso meio e nos Estados Unidos, enquanto que na Europa é a insuficiência renal associada à amiloidose (ANSELL, 1969; WALLACE ; LEVINSON, 1991).

Ainda no tipo poliarticular, a presença de fator reumatóide o acometimento simétrico das mãos e pés, bem como coxo-femorais são fatores de mau prognóstico (ANSELL, 1978) e se o quadro articular persistir por mais de 7 anos, é pouco provável que ocorra remissão.

Sabe-se que 30% a 50% dos pacientes com artrite reumatóide juvenil persistirão com atividade da doença após 10 a 15 anos do início de suas manifestações. (HANSON e outros, 1977).

A forma de melhor prognóstico é a pauciarticular, mas se houver evolução para o tipo poliarticular, o acometimento ocular (iridociclite crônica), presença de entesite associada à sacroileíte poderá determinar uma evolução menos favorável (ANSELL, 1984).

Dados do nosso meio da Escola Paulista Medicina do Setor de Reumatologia Pediátrica mostram que 42% mantém atividade da doença, 37% entraram em remissão e 21% estão clinicamente fora de atividade, porém continuam fazendo uso de medicações.

Um mecanismo claro de como o remédio homeopático funciona ainda não existe e está claro que pode não envolver um mecanismo padrão farmacológico. Entretanto alguns trabalhos experimentais podem apontar um possível caminho no entendimento do mecanismo envolvido (BALLARD, 2000).

Paul Callinan, um cientista radicado na Southern Cross University, Lismore New South Wales, tem feito alguns trabalhos com microfotografias de padrões cristalinos formados por soluções homeopáticas congeladas vistas através de luz polarizada. Ele comparou os padrões formados por uma gama destas soluções de diferentes potências com água destilada e achou algumas diferenças extraordinárias. Primeiro, a água destilada tinha obviamente um padrão diferente de qualquer das soluções homeopáticas, sendo menos organizada que estas soluções. Somando-se a isso os padrões formados tornaram-se progressivamente complexas coerentes com as potências aumentadas dadas dos remédios. Isto sugere que o processo de organização molecular caminha com estas potências homeopáticas.

Há também trabalhos feitos com ressonância nuclear magnética destas soluções vistas e que sugerem mudanças ocorrendo na órbita das moléculas de água nas soluções (os elétrons são vistos saltando na órbita de energia mais alta), junto com mudanças no ângulo de cadeias entre estas moléculas (POITEVIN, 1994).

Estes experimentos mostram a possível hipótese de que o remédio homeopático contém energia armazenada a qual, de acordo com a física quântica equivale à informação armazenada (BALLARD, 2000). Quando estes remédios são ingeridos, a sua influência é não só na farmacologia molecular mais relacionada ao "quanta" de energia específica armazenada é liberada de influência no corpo e na regulação dos processos, talvez por impacto nos campos eletromagnéticos associados à condução nervosa e metabolismo celular. Esta é uma verdadeira tentativa proposta e obviamente muitas pesquisas precisam ser feitas ainda.

Não se sabe ao certo qual seria o mecanismo pelo qual o medicamento homeopático atuaria no sistema orgânico, nem como as substâncias empregadas em sua preparação poderiam modificar as características físico-químicas do solvente, que se tornaria capaz de guardar ou transitar algum tipo de informação (POITEVIN,1994), (DEMANGEAT,1992), (DAVENAS,1987).

O presente estudo objetivou relatar um caso de artrite reumatóide juvenil pauciarticular de evolução favorável a longo prazo, com melhora clínica, possivelmente relacionada à terapêutica homeopática.

Estudos amplos prospectivos são necessários para verificar a reprodutibilidade dessa observação

## CONCLUSÃO

A homeopatia é considerada no Brasil como uma especialidade reconhecida oficialmente. A idéia central deste tipo de medicina está baseada na lei da similitude e no processo de dinamização, sucussões ritmadas que conservariam dentro do medicamento o poder curativo contra doenças que apresentassem sintomas semelhantes aos que seriam produzidos pela mesma substância. Esta técnica, descrita na literatura homeopática como dinamização, recebe também o nome de ultradiluição, diluição ultra-molecular ou UHD (ultra high dilution) (FISHER,1998).

O principal entrave para a aceitação na comunidade científica esbarra no fato de que os medicamentos homeopáticos ultrapassam a concentração crítica de 10-23 (número de Avogadro) e isto corresponderia a apenas uma molécula do soluto no solvente. A Medicina Oficial adepta do paradigma cartesiano-mecanicista vê com relativa descrença as propriedades curativas destes

medicamentos. E justifica assim os desinteresses na criação de incentivos governamentais e mesmo particulares para o fomento de linhas de pesquisa sobre o tema no meio acadêmico.

A conclusão de vários estudos e inclusive de metanálises tem demonstrado que a maior parte dos trabalhos aponta para a existência de efeitos reais dos remédios homeopáticos distintos do placebo. No entanto, a má qualidade metodológica desenvolvida nestes estudos propicia crítica contundente por parte da comunidade científica (VAN WASSENHOVEN,1998); (KLEIJNEN,1991)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLEN, H.C. *Sintomas-Chave da Matéria Médica Homeopática*. S. Paulo: Dynamis Ed., 1996.
- ANDERSON, G.B.; FASTH, A.; ANDERSSON, J.; et al. *Incidence and prevalence of juvenile chronic arthritis: a population survey*. Am. Rheum Dis., 46: 277-281, 1987.
- ANSELL, B.M. *Juvenile arthritis*. Clin. Rheum. Dis., 10: 657-672, 1984.
- BRUNINI C. *Hahnemann e a cura pelos semelhantes*. Em: Brunini C, Sampaio C. *Homeopatia – Princípios Doutrina Farmácia*. São Paulo: Mythos; p. 17-25, 1993.
- CASSIDY, J.T.; PETTY, R.E.(ed). *Juvenile rheumatoid arthritis. Textbook of Pediatric Rheumatology*, 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, p. 133-219, 1995.
- DAVENAS, E.; POITEVIN, B.; BENVENISTE, J. *Effect on mouse peritoneal macrophages of orally administered very high dilutions of silica*. Europ J Pharmacol. 135: 313-219, 1987.
- DAVENAS, E.; BEAUVAIS, F.; AMARA J, et al. *Human basophil degranulation by dilute antiserum against IgE*. Nature. 333: 816-818, 1988.
- DEL GIUDICE, E. *Is the “memory water” a physical impossibility? In: Ultra high dilution – Physiology and Physics*. P. C. Endler & J. Scgulte (Eds). Dordrech: Kluwer Academic Publishers, p. 177-120, 1994.
- DEMANGEAT, J.L.; DEMAGEANT, C.; GRIES, P.; POITEVIN, B.; CONSTATINESCO, A. *Modifications des temps de relaxation RNM a 4 MHz des protons du solvant dans les très hautes dilutions salines de Sílice/Lactose*. J Méd Nuel Biophy, 16 (2): 135-145, 1992
- DEMARQUE, Denis. *Homeopatia - Medicina de Base Experimental*. Rio de Janeiro: Olimpo Ed., 1973.
- EISAYAGA, Francisco X. *Tratado de Medicina Homeopática*. Buenos Ayres: Marecel, 1981.
- ELKON, K.B.; HUGHES, G.R.; BYWATERS, E.G.L., et al. *Adult-onset still's disease. Twenty-year follow up and further studies of patients with active disease*. Arthritis Rheum. 25: 647-654, 1982.
- FAIGLE, J.F.G.; PORTO, M.E.G. *Soluções não Moleculares Evidências de Alterações de Comportamentos da Água quando Submetida a Campos Magnéticos*. In: A HOMEOPATIA NO SÉCULO XXI, Campinas. Anais... Unicamp, 2000.
- FISHER, P.; GREENWOOD, A.; HUSKISSON, E.C.; TURNER, P.; BELON, P. *Effect of homeopathic treatment on fibrositis (primary fibromyalgia)*. Br. Med. 299: 365-366, 1989.
- GEWANTER, H.L.; ROGHMANN, K.J.; BAUM, J. *The prevalence of juvenile arthritis*. Arthritis Rheum., 26: 599-603, 1983.
- GIBSON, R.G.; GIBSON, S.L.M.; MACNEILL, A.D.; WATSON, W. *Homeopathic 'therapy in*

*rheumatoid arthritis: Evaluation by double-blind clinical therapeutic trial.* Br J Clin Pharmac. 9: 453-459, 1980.

GIBSON, Sheila L. *M/A combined approach to arthritis.* [ (iah) HomeoIndex id:1713] 76(4)

HAHNEMANN, Samuel. *Organon da Arte de Curar.* 6 ed. -versão para o português sistematizada e comentada por Marcelo Pustiglione e Romeu Carillo Jr. São Paulo H. Hoje, 1994.

HAHNEMANN, Samuel. *Doenças Crônicas.* 2 ed. - tradução para o português. São Paulo : G.E.H.B. Mure, 1984.

HAHNEMANN, Samuel. *Escritos Menores.* Curitiba : N. Era, 1991.

HAHNEMANN, S. *Matéria Médica Pura: examination of sources of the common material medica.* New Delhi: B.Jain Publishers, 1994.

HAHNEMANN, S. *The Chronic Diseases*, 2ª ed., Louis Tafel trad., New Delhi: B. Jain Publishers, vol. 1, p.XIX e p; 143-152, 1995.

HANSON, V.; KORNREICH, H.K.; BERNSTEIN, B.; KING, K.K.; SINGSEN, B. *Prognosis of juvenile rheumatoid arthritis.* Arthritis Rheum., 20 (suppl): 279-284, 1977.

HILÁRIO, M.O.E. *Artrite Reumatóide Juvenil: Experiência do Setor de Reumatologia Pediátrica da Universidade Federal de São Paulo*, 2000.

HILÁRIO, M.O.E. GOLDENBERG, J.; NASPITZ, C.K. *Artrite reumatóide juvenil: revisão e atualização.* Rev. Paul. Méd., 109: 34-40, 1991.

JEREMY, R.; SCHALLER, J.G.; ARKLESS, R. *Juvenile rheumatoid arthritis persisting into adulthood.* Am. J. Med., 45: 419-34, 1968.

JOSE, D.G.; GOOD, R.A. *Iridocyclitis and pauciarticular juvenile rheumatoid arthritis.* J. Pediatr., 78: 910-914, 1971.

KAUFMANN, Eduardo. *La artritis reumatoidea y la homeopatia*[(iah) HoemoIndex id:3980] 47 (3) págs. 28-35, 1981.

KENT, James T. *Filosofia Homeopática* - tradução de Ruth Kelson. São Paulo : Robe Ed., 1996.

KENT, James T. *Matéria Médica Homeopática.* Buenos Ayres : Albatroz, 1980.

KOSSAK-ROMANACH, Anna. *Homeopatia em 1000 conceitos.* São Paulo: El Cid, 1984.

KOTANIEMI, A.; KAIPIAINEN-SEPPÄNEN, O.; SAVOLAINEN, A.; KARMA, A. *A population-based study on uveitis in juvenile rheumatoid arthritis.* Clin. Exp. Rheumatol., 17: 119-122, 1999.

LATHOUD, J.A. *Matéria Médica Homeopática*, Ed. Albatros, Buenos Aires, 1982.

LAWRENCE, R.C.; HOCHBERG, M.C.; KELSEY, J.L. et al. *Estimates of the prevalence of selected arthritic and musculoskeletal diseases in the United States.* Report of the National Arthritis Data Work-group. J Rheumatol., 16: 427-441, 1989.

LINDSLEY, C.B. *Seasonal variation in systemic onset juvenile rheumatoid arthritis* [Letter]. Arthritis Rheum., 30: 838-839, 1987.

LEVINSON, J.E. *The ideal program for juvenile arthritis.* Arthritis Rheum., 20 (suppl): 607-610,

1977.

MELO-GOMES, F.A.; SANTOS, H.; SANTOS, H.; HILÁRIO, M.O.E.; VAZQUEZ, M.M.; OLIVEIRA, S.; BICA, B.; CONSUEGRA, J.G.; KISS, M.H.; MACHADO, C.; SZTAJNBOX, F.; BASTOS, W.; LIRA, L. – *Idiopathic childhood arthritis: a cohort study*. Annals Rheum., (abstracts 1999): 334, 1999.

MOTA Jr. MM. História da similitude em medicina. *Lei do semelhantes e experimentação no homem são*. Em: Nassif MRG. Compêndio de Homeopatia, volume 1, São Paulo: Robe Editorial; p.35-55, 1997.

MULBERG, A.E.; LING, C.; BERN, E.; TUCKER, L.; VERHAVE, M.; GRAUD, R.J. *Identification of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced gastroduodenal injury in children with juvenile rheumatoid arthritis*. J. Pediatr., 122: 647-649, 1993.

NASH, E.B. *Indicações Características de Terapêutica Homeopática*. Ed. Bras. da Fed. Bras.de Homeopatia.1979

NEPOM, B.S.; GLASS, D.N. *Juvenile rheumatoid arthritis and HLA: report of the Park City III Workshop*. J. Rheumatol., 33: 70-74, 1992.

OEN, K.; FAST, M.; POSTL, B. *Epidemiology of juvenile rheumatoid arthritis in Manitoba, Canada, 1975-92: Cycles in incidence*. J. Rheumatol., 22: 745-750, 1995.

PASCHERO TP. *Homeopatia*. 4ª ed, Buenos Aires: Editorial El Ateneo; p.12-18, 1988.

PERKINS, E.S. *Pattern of uveitis in children*. Br J Ophthalmol., 50: 169-185, 1966.

PETTY, R. E.; SOUTHWOOD, T.R.; BAUM, J.; BHETTAY, E.; GLASS, D.N.; MANNERS, PHILIPS, P.E. *Evidence implicating infectious agents in rheumatoid arthritis and juvenile* Clin Exp Rheumatol., 6: 87-94, 1988

PLATA, Susana C. *La homeopatia como alternativa em el tratamiento de la artritis reumatoide*. [iah] LILACS id: 114490., 538: 13-22, 1990.

PLOSKI, R. *Immunogenetic polymorphism and disease mechanisms in juvenile chronic arthritis*. Rev. Rheum. Engl. Ed., 64 (suppl): 127S-130S, 1997.

POITEVIN, Bernard.; AUBIN, M.; ROYER, J.F. *Effet de Belladonna et Ferrum Phosphoricum sur la Chemiluminescence*, 1994.

POITEVIN, Bernard. *Le Devenir de l'homeopathie*. Paris : Doin éd., 1987.

POITEVIN, Bernard. *Mecanismos de ação dos medicamentos de uso homeopáticos. Dados recentes e hipóteses. 1ª parte: mecanismos físico-químicos*. Traduzido do original francês, publicado na revista L'Homéopathie Européenne, por José Batista. Ver. Homeopatia (SP) 59(1): 24-30, 1994.

PONGPANICH, B.; DAENGROONGROJ, P. *Juvenile rheumatoid arthritis: clinical characteristics in 100 Thai patients*. Clin Rheumatol., 7: 257-261, 1988.

PRIEUR, A.M.; LISTRAT, V.; DOUGADOS, M. *Evaluation of a possible seasonal onset in juvenile arthritis from 2954 cases obtained from a multicenter European survey*. Clin.Exp. Rheumatol., 12: S124, 1994.

PRITCHARD, M.H.; MATTHEWS, N.; MUNROE, J. *Antibodies to influenza A in a cluster of children with chronic arthritis*. Br J Rheumatol., 27: 176-180, 1988.

- PUSTIGLIONE, Marcelo. *Homeopatia e os Cuidados Básicos da Saúde*. São Paulo, Dynamis, 1998.
- PUSTIGLIONE, Marcelo. *17 Lições de Homeopatia*. São Paulo: Typos; p. 35-53, 2000.
- QUINTAS, L. *Scientific Evidences of the Clinical Efficacy of Homeopathic Treatment in Rheumatology*. Revista Brasileira Reumatologia, 1994.
- REED, A.M.; HAUGEN, M.; PACHMAN, LM.; LANGMAN, CB. *Repair of osteopenia in children with juvenile rheumatoid arthritis*. J. Pediatr., 122: 693-696, 1993.
- REILLY, D.T.; TAYLOR, M.A.; MACSHARRY, C.; AITCHISON, T. *Is homeopathy a placebo response? Controlled trial of homeopathic potency, with pollen in hay fever as model*. Lancet ., (10) : 881-885, 1986.
- REILLY, D.T.; TAYLOR, A.M. *Potent placebo or potency. A proposed study model with initial findings using homeopathically prepared pollens in hay fever*. B.How J., 74:65-75, 1985.
- RIBEIRO FILHO, Ariovaldo. *Novo Repertório de Sintomas Homeopáticos*. São Paulo:Robe, 1996.
- ROSENBERG, A.M. *Uveitis associated with juvenile rheumatoid arthritis*. Semin. Arthritis Rheum., 16: 158-163, 1987.
- SCHALLER, J.G.; BECKWITH, B.; WEDGWOOD, R. J. *Hepatic involvement in juvenile rheumatoid arthritis*. J. Pediatr., 77: 203-210, 1970.
- SCHALLER, J.G.; JOHNSON, G.D.; HOLBOROW, E.J.; ANSELL, B.M.; SMILELY, W.K. *The association of antinuclear antibodies with the chronic iridocyclitis of juvenile rheumatoid arthritis (Still's disease)*. Arthritis Rheum. 7: 409-416, 1974.
- SCHALLER, J.G. *Juvenile rheumatoid arthritis*. Pediatric Annals, 11: 375-380, 1982.
- SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo. Cortez Editora, 2000.
- STOEBER, E. *Prognosis in juvenile chronic arthritis*. Eur. J. Pediatr, 135: 225-228, 1981.
- TOMASINO N. *Medicina sistemática do século XVIII*. Em: Nassif MRG. *Compêndio de Hoemopatia*, volume 1, São Paulo: Robe Editorial; p. 17-21, 1997;
- TOWER S.R.; MICHET, C.J.; O'FALLON,W.M.; NELSON, A. *The epidemiology of juvenile arthritis in Rochester, Minnesota 1960-79*. Arthritis Rheum., 26: 1208-1213, 1983.
- TYLER, M.L. *Homeopathic Drug Pictures*. Health Science Press London: xv-xvi, 1978.
- VANNIER, L. *Compêndio de Matéria Médica Homeopática*, Espanha, 1981.
- VIJNOVSKY, B. *Tratado deMatéria Médica Homeopática em Três Tomos*, Buenos Aires,
- VOISIN, H. *Terapêutica e Repertório Homeopáticos do Clínico*, org. Andrei Editora, SP, 1982.
- VOISIN, H. *Manual de Matéria Médica para o Clínico Homeopata*, Andrei Editora, SP, 1987.
- WELLS, D.L.; GILLESPIE, S.M.; MYONES, B.M.; *New-onset systemic juvenile rheumatoid arthritis: national prospective surveillance, investigation of a cluster*. Perspect Pediat Rheum J Rheumatol., 20: 117, 1992.

